

# Therapieerfolg bei Schizophrenie – ist ein Perspektivenwechsel notwendig?

Ein Diskussionspapier

Rita Wietfeld, Witten, Susanne Pechler, Haar bei München, Wolfgang Janetzky, Hamburg, und Karolina Leopold, Berlin

Die Therapieziele in der Behandlung der Schizophrenie haben sich geändert. Reine Symptomkontrolle reicht heute nicht mehr. Ärzte und Patienten sind sich darüber einig, dass vor allem patientenberichtete Outcome-Parameter (Patient-related outcome; PRO) wie die Lebensqualität stärker bei der Beurteilung des Therapieerfolgs berücksichtigt werden müssen. Aber es fehlt noch an der Operationalisierung des Konstrukts „Lebensqualität“ zur praktischen Umsetzung in der ambulanten Versorgung. Die Transition der Lebensqualität in die tägliche Praxis scheitert einerseits daran, dass sie kaum objektivierbar und zu abstrakt ist sowie sehr unterschiedlich interpretiert wird. Andererseits stimmen auch die Therapieziele und Erwartungen von Arzt und Patient oft nicht überein.

**Schlüsselwörter:** Schizophrenie, Therapieerfolg, patientenberichtete Outcome-Parameter, Lebensqualität

Psychopharmakotherapie 2019;26:185–91.

Die moderne Schizophrenie-Therapie bietet heute ein breites pharmakologisches und psychotherapeutisches Behandlungsangebot von der Akuttherapie bis zur Nachsorge und Rehabilitation an. Komplementäre Einrichtungen wie Tageskliniken, Wohnungen, Werkstätten bis hin zu sozialpsychiatrischen Diensten sollten die Reintegration der Betroffenen fördern. Trotzdem hat sich an der jahrzehntealten „Ein-Drittel-Regel“ zur Beschreibung des klinischen Outcomes in der Praxis eigentlich nichts geändert. Danach erreicht nur knapp ein Drittel der Patienten eine Remission/Recovery. Ein weiteres Drittel zeigt psychopathologische Besserung, leidet aber an persistierenden Residualsymptomen. Das letzte Drittel gilt als therapieresistent [63].

Primäres Therapieziel bei Patienten mit Schizophrenie ist das Erreichen einer symptomatischen und funktionellen Remission sowie bestmöglicher Lebensqualität (Recovery). Als Voraussetzung dafür wird eine phasenspezifische antipsychotische Symptomkontrolle und Rückfallprophylaxe angesehen [2, 12, 18]. Eine Symptomverbesserung ist jedoch nicht allein gleichzusetzen mit Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität [24]. Eine stärkere Berücksichtigung patientenberichteter



## Therapy success in schizophrenia – do we need a change of perspectives? A discussion paper.

The therapy goals in the treatment of schizophrenia have changed. Symptom control alone is not enough anymore. Physicians and patients agree that patient-related outcome parameter (PRO), like quality of life (QoL), need more consideration within the evaluation of therapy success. But the operationalization of QoL is missing in daily outpatient practice. Reasons for failing transition of QoL in daily practice are that QoL is nearly not objectifiable, abstract and interpreted very differently. Besides, the therapy goals and expectations of physicians and patients often do not coincide.

**Key words:** schizophrenia, therapy success, patient-related outcome, quality of life

Outcome-Parameter (Patient-related outcome; PRO) wie der Lebensqualität im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes wird von den Therapieleitlinien gefordert [26].

Die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung sowie eine gute Kommunikation zwischen beiden Therapiepartnern sind wichtige Prädiktoren der Adhärenz unter einer antipsychotischen Behandlung. Hier bestehen jedoch vielfach Barrieren, die eine angemessene Diskussion über die Konsequenzen der Diagnose einer Schizophrenie zwischen Arzt und Patienten verhindern [42, 43]. Das Konzept einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making) muss sich daher in der breiten Versorgung noch stärker durchsetzen.

Das Ziel dieses Diskussionspapiers ist es, die heutigen Therapieziele zu hinterfragen und über die möglichen Konsequenzen

**Dr. med. Rita Wietfeld**, Annenstraße 172, 58453 Witten,

E-Mail: gutachten@praxis-wietfeld.de

**Dr. Susanne Pechler**, kbo-Isar Amper Klinikum München-Ost,

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Vockestraße 72, 85540 Haar bei München E-Mail: susanne.pechler@kbo.de

**Dr. Wolfgang Janetzky**, Lundbeck GmbH, Ericusspitze 2, 20457 Hamburg, E-Mail: woja@lundbeck.com

**Dr. Karolina Leopold**, Vivantes Klinikum am Urban, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Dieffenbachstraße 1, 10967 Berlin, E-Mail: karolina.leopold@vivantes.de

zen für die Behandlung nachzudenken. Dabei können im Folgenden einige Aspekte aus Platzgründen nur ansatzweise betrachtet werden.

### Therapieziele der Schizophrenie im Wandel

Die Therapieforschung und damit auch die klinischen Behandlungskonzepte haben sich lange vor allem auf die Psychopathologie beziehungsweise Positivsymptomatik fokussiert. In den 90er-Jahren wurden mit der Entwicklung der atypischen Neuroleptika die Erfolgskriterien einer antipsychotischen Therapie sehr viel ehrgeiziger und umfassender formuliert. In das Behandlungskonzept aufgenommen wurden jetzt auch Symptome wie die Negativsymptomatik und kognitive Beeinträchtigungen, die zuvor wenig beachtet wurden, auch weil sie von der prominenteren Positivsymptomatik klinisch und therapeutisch in den Hintergrund gedrängt worden waren. Auch die Patientenperspektive – die Sicht der Betroffenen, ihre Therapiezufriedenheit und Lebensqualität sowie subjektive Befindlichkeit – wurde zunehmend regelhafter erhoben [49].

Im Jahr 2000 wurden mit dem DSM-IV-TR auch soziale/berufliche Leistungseinbußen als Diagnosekriterium definiert [1]. Dabei müssen Beeinträchtigungen in einem oder mehreren Funktionsbereichen des täglichen Lebens, beispielsweise Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen und Selbstversorgung, für einen bedeutenden Anteil der Zeit seit Beginn der Erkrankung bestehen.

Diese neu hinzugekommenen Zielkriterien der Schizophrenie-Behandlung ermöglichen dem Patienten eine individuellere Behandlung, bei der er als Subjekt im Fokus steht. Hinzu kommt, dass er die Behandlungsentscheidungen im Sinne des Shared-Decision-Makings gemeinsam mit seinem Arzt trifft.

### Patientenzentrierte Zielkriterien der Therapie Funktioneller Outcome

Das Zielkriterium „Funktioneller Outcome“ wird in der Literatur unterschiedlich definiert, vielfach im Sinne eines (psycho-)sozialen Funktionsniveaus [30]. Defizite des sozialen Funktionsniveaus sind ein gut untersuchtes Kernsymptom der Schizophrenie [17]. Sie umfassen unter anderem Probleme bei der sozialen Rollenerfüllung, Teilnahme an der Gemeinschaft, der Alltagsbewältigung, Berufstätigkeit und Haushaltsführung, bei regelmäßiger Medikamenteneinnahme und basaler Selbstversorgung [17].

Soziale Integration, Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität schizophrener Patienten hängen nicht allein von der erfolgreichen Therapie psychiatrischer Symptome wie Halluzinationen oder Wahnphänomenen ab, sondern in besonderem Maße auch vom neurokognitiven Funktionsniveau des Patienten. Neurokognitive Beeinträchtigungen werden als Kernsymptome dieser Erkrankung angesehen [27]. Heute wird ihnen im Langzeitverlauf eine große Tragweite zugeschrieben [27]. Inwieweit Veränderungen der Neurokognition per se einen Einfluss auf

Tab. 1. Soziale Kognition\* – Definition und Testmöglichkeiten (modifiziert nach [22])

| Kognitive Funktionen             | Messinstrument   |
|----------------------------------|--|
| Emotionale Wahrnehmung           | ■ Facial Emotion Identification Task (FEIT)  |
| Soziale Wahrnehmung und Kenntnis | ■ Social Cue Recognition Test (SCRT)<br>■ Schema Component Sequencing Task-Revised (SCST-R)<br>■ Profile of Nonverbal Sensitivity (PONS)<br>■ Situational Features Recognition Test (SFRT)   |
| Attribuierung                    | ■ Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire (IPSAQ)  |
| Theory of Mind                   | ■ False Belief Task/Deception Task [47]<br>■ Hinting Task<br>■ Intention-inferencing Task [52]<br>■ Strange Stories Task [23]<br>■ Reading the Mind in the Eyes<br>■ Reading the Mind in the Voice [44]<br>■ Mental State Reasoning und Mental State Decoding [34] |

\*Soziale Kognition umfasst kognitive Funktionen in sozial relevanten Situationen: z. B. Erkennen von Affekten und Emotionen, Attribuierung, soziale Wahrnehmung und Kenntnis sowie Theory of Mind (ToM).

den funktionellen Outcome haben, ist kontrovers. Eine wichtige Rolle als Mediator zwischen Neurokognition und sozialem Funktionsniveau spielen die soziale Kognition (Tab. 1) sowie motivationale Aspekte [22, 56].

Für die Einschätzung der verschiedenen Aspekte des psychosozialen Funktionsniveaus wurden spezielle validierte und standardisierte Testverfahren entwickelt. Sie werden jedoch aufgrund ihres Umfangs überwiegend nur zu Forschungszwecken eingesetzt. Zur Erfassung des persönlichen, sozialen und beruflichen Leistungsniveaus der Patienten ist die Personal and Social Performance (PSP) Scale ein reliables und valides Messinstrument. Sie umfasst die vier Subdimensionen „sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium“, „persönliche und soziale Beziehungen“, „Selbstpflege“ und „störendes und aggressives Verhalten“. Für die alltägliche klinische Praxis ergibt sich durch die PSP-Skala eine gute und praktikable Dokumentation und Bewertung des kurz-, mittel- und langfristigen Therapieverlaufs und -erfolgs hinsichtlich der psychosozialen Funktionsfähigkeit schizophrener Patienten [53].

### (Funktionale) Recovery

Die Leitlinien formulieren heute als Therapieziel das Erreichen einer Recovery, definiert als symptomatische und funktionelle Remission sowie bestmöglichen Lebensqualität [2, 18]. Dafür ist eine multidimensionale Verbesserung und Stabilisierung der Erkrankung notwendig. Nur jeder siebte Patient erreicht heute eine Recovery über mindestens zwei Jahre, wobei die Symptome maximal als mild eingestuft werden [21, 28, 33].

Die Recovery betont einerseits die Möglichkeit, krankheitsbedingte Beeinträchtigungen zu überwinden und trotz der Diagnose einer Schizophrenie ein selbstbestimmtes und möglichst „normales“ und sinnerfülltes Leben zu führen [3]. Die Kriterien einer Recovery gehen daher bewusst über diejenigen einer symptomatischen Remission hinaus – auch, weil beispielsweise das psychosoziale Funktionsniveau einer Person relativ unabhängig von der aktuellen Symptomatik ist. So ist es möglich, dass ein an Schizophrenie erkrankter Patient weiterhin unter psychotischen Symptomen leidet, aber dennoch seine Alltagsaktivität gut bewältigt. Die funktionale Recovery fordert daher neben einer anhaltenden Symptomreduktion auch den Erwerb sozialer Fähigkeiten, die für eine unabhängige Lebensführung notwendig sind [55].

### Subjektive Recovery

Die funktionale Recovery wurde durch den Begriff der „subjektiven Recovery“ ergänzt, um die subjektiven Empfindungen und Erfahrungen schizophrener Patienten als Outcome-Faktor bei der Stärkung des Selbsthilfepotenzials der Betroffenen stärker zu berücksichtigen. Ausgehend von einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Menschen besitzt Recovery auch eine subjektive Dimension, die neben Funktionsaspekten auch auf das Erreichen einer möglichst guten subjektiven Lebensqualität trotz psychischer Erkrankung zielt. Zur Entwicklung dieser Recovery-wirksamen Faktoren sind innere und äußere Voraussetzungen notwendig. Als wichtige Vorbedingung gilt die Berücksichtigung und Behandlung der krankheitsbedingten Symptome und der medikamentös bedingten Nebenwirkungen. Innere, personenzentrierte Merkmale von Recovery sind Motivation, Hoffnung, Selbstwirksamkeit, Eigenverantwortung und Empowerment, Resilienz sowie die Einsicht bezüglich der eigenen Ressourcen und Beeinträchtigungen. Zu den äußeren Faktoren zählt die soziale Unterstützung oder der Zugang zu einem Unterstützungsangebot [3].

### Lebensqualität

Die Integration des Konzepts „Lebensqualität“ als individuell erreichbares Ziel der Behandlung ist sinnvoll und notwendig.

**Tab. 2.** Generische und für die Schizophrenie entwickelte und evaluierte Lebensqualitätsinstrumente (mod. nach [24])

| Anwendungsbereiche für Lebensqualitätsinstrumente               | Beispiele   |
|---|---|
| Generische Lebensqualitätsinstrumente                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ SF-36-Fragebogen (Short-Form 36)</li> <li>■ WHOQOL-100-Fragebogen bzw. WHOQOL-BREF (World Health Organization)</li> </ul>                            |
| Schizophrenie-Lebensqualitätsinstrumente                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Heinrichs-Carpenter QoL-Skala</li> <li>■ QLIS (Quality of Life in Schizophrenia)</li> <li>■ Subjective Wellbeing under Neuroleptics (SWN)</li> </ul> |
| Lebensqualitätsinstrumente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kidscreen/KINDL</li> <li>■ Inventar zur Lebensqualität von Kindern (ILK)</li> </ul>  |

Eine frühzeitige Verbesserung der subjektiven Lebensqualität ist für das langfristige Outcome im Hinblick auf eine langfristige symptomatische und funktionelle Remission prädictiv bedeutsam [31]. Die Verbesserung der Lebensqualität wurde auch als Therapieziel in der Behandlung von Schizophrenie verankert [18]. Lebensqualität soll das subjektive Erleben der Patienten erfassbar und in seinen verschiedenen Komponenten – psychisches Befinden, körperliche Verfassung, soziale Beziehungen und funktionale Kompetenz der Befragten – beschreibbar machen. Hinderlich für eine bessere Implementierung der Lebensqualität ist jedoch deren multidimensionale Natur; es ist schwierig, eine einzige und präzise Definition der Lebensqualität zu formulieren. [45] Zugleich ist sie ein abstraktes Konstrukt, das subjektiv sehr unterschiedlich empfunden wird und daher kaum objektivierbar ist [10]. **Tabelle 2** zeigt generische und für die Schizophrenie entwickelte und evaluierte Lebensqualitätsinstrumente [24].

In der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist die Lebensqualität ein ständiges Thema, selbst wenn sie nicht direkt angesprochen wird. Ärzte geben in Befragungen an, dass ihre Patienten Lebensqualität anders definieren als sie selbst [40]. Vergleichende Befragungen bestätigen diese Annahme [11, 46]. Trotz dieser Diskrepanz wird die Lebensqualität nicht systematisch im Behandlungsverlauf erfasst oder die Patienten regelhaft vor der Therapieentscheidung und im weiteren Krankheitsverlauf über ihre Wünsche und Interessen befragt [7]. Dies gilt auch für die Sichtweise der Angehörigen. Dieses Versäumnis kann zu Fehleinschätzungen führen, die sich im weiteren Behandlungsverlauf prognostisch ungünstig auswirken können [20].

### Symptomkontrolle reicht nicht mehr

Neben der psychopathologischen Symptomatik sind Defizite des sozialen Funktionsniveaus ein Hauptmerkmal schizophrener Erkrankungen. Gleichzeitig ist die Lebensqualität ein wichtiger Outcome-Parameter. Die wechselseitigen Abhängigkeiten sind komplex und bis heute noch teilweise unverstanden. Insgesamt ist die Beziehung zwischen psychischer Symptomatik und der Lebensqualität nur sehr schwach [9, 13].

Die PANSS (Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia Scale) wurde 1987 von Kay et al. entwickelt [26]. Die Fremdbeurteilungsskala gehört seit ihrer Entwicklung weltweit zu den maßgebenden Instrumenten zur Erfassung von Psychopathologie in der Schizophrenieforschung. Keine andere Methode wurde einer so ausführlichen Standardisierung unterzogen. Symptomfreiheit gemäß PANSS geht nicht regelhaft mit Wohlbefinden und größerer Lebensqualität einher. Kognitive

Beeinträchtigungen bleiben in vielen Fällen auch nach Abklingen der Positivsymptomatik bestehen und sind teilweise mit der Negativsymptomatik korreliert. Damit behindern sie weiterreichende Therapie- und Rehabilitationsbemühungen. Die eingeschränkte Funktionalität führt zu einer eingeschränkten Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben und einer reduzierten Lebensqualität [41]. Andererseits können Patienten auch ohne Vollremission eine gute Lebensqualität erreichen – möglicherweise, weil für sie beispielsweise andere Krankheitsparameter relevant sind [62]. Dies erinnert an die Überlegung, welche übergeordneten Ziele mit einer Recovery erreicht werden sollen. Das Erreichen einer Recovery ist ein subjektiver Vorgang, ein sehr individueller Prozess, der sich an für den einzelnen betroffenen Menschen wesentlichen Werten und Zielen orientiert [62].

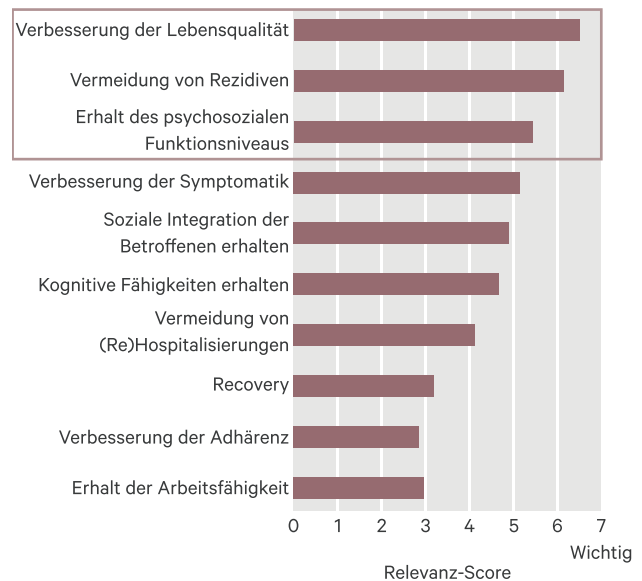
### Was für den Patienten zählt

#### Erfassung der subjektiven Lebensqualität

Bei der Erfassung von subjektiver Lebensqualität soll die gesamte Lebenssituation von Patienten mit ihren unterschiedlichen Aspekten berücksichtigt werden. Dabei zählt die eigene, subjektive Bewertung durch den Betroffenen selbst. Allerdings gibt es nur vergleichsweise wenige Daten aus systematischen Befragungen, was Lebensqualität für sie bedeutet. Diese Patienten wurden durch ihre Erkrankung zeitweise besonderen Erlebensweisen ausgesetzt. Gleichzeitig machen (wiederholte) stationäre Aufnahmen die bisher erreichten Erfolge bei der Verbesserung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus wieder zunichte [49]. Negativ mit der Lebensqualität assoziiert sind zudem widrige Behandlungserfahrungen (schlechter Arztkontakt, Nebenwirkungen der Pharmakotherapie und quälende Symptome wie Angstsymptome oder imperative Stimmen), eingeschränkte Alltagsfunktion, niedriger sozioökonomischer Status und Stigmatisierung in der Öffentlichkeit [19, 40, 60].

Die Datenlage aus Erhebungen zu den Therapiezielen psychiatrischer Versorger in einem Real-Life-Setting in Deutschland ist begrenzt. In einer deskriptiven, nicht-repräsentativen Umfrage im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 2015 beteiligten sich insgesamt 199 Teilnehmer (62 % weiblich, 38 % männlich). Davon arbeiteten 58,9 % im Krankenhaus, 23,4 % in Praxen, 7,1 % in PIA sowie 10,7 % in sonstigen Beschäftigungsverhältnissen.

Als wichtigstes Therapieziel wurde die Verbesserung der Lebensqualität genannt, gefolgt von der Vermeidung von Rezidiven und dem Erhalt des psychosozialen Funktionsniveaus (Abb. 1). Die Ergebnisse zeigten, dass 90 % der befragten Ärzte die Lebensqualität erfassen, aber dabei selten Scores verwenden, da diese als „klinisches Konstrukt“ empfunden werden. Die Items der Scores werden aber akzeptiert und zur Einschätzung im Gespräch mit dem Patienten und zur Bildung des ei-



#### Weitere genannte Therapieziele (Beispiele):

Drogenfreiheit, Einsichtigkeit, Entstigmatisierung, Fähigkeit zur Freude erhalten, Verträglichkeit, Selbstwertgefühl stabilisieren, Negativsymptomatik kontrollieren, Spätfolgen und NW vermindern, Angehörigenintegration, Gefährlichkeit reduzieren/Schadensvermeidung, Compliance, Zufriedenheit, Suizidvermeidung, tragfähige therapeutische Beziehung aufbauen, Beziehungsfähigkeit

Abb. 1. Ergebnisse einer deskriptiven, nicht-repräsentativen Ärzte-Umfrage im Rahmen des DGPPN-Kongresses 2015 zu den Therapiezielen psychiatrischer Versorger (n = 165): Wichtigstes Therapieziel ist die Verbesserung der Lebensqualität.

genen Eindrucks genutzt. 70 % der Befragten beurteilen demnach nach dem „eigenen Eindruck“ und nur 8 % nutzen die „Fremdanamnese“.

Eine weitere Frage beschäftigte sich mit der Bedeutung der Lebensqualität im Kontext der Schizophreniebehandlung. Hier standen der Funktionsstatus sowie die soziale Reintegration im Vordergrund, aber mit der Vermeidung einer sexuellen Dysfunktion auch eine für die meist jungen Patienten sehr beeinträchtigende Nebenwirkung der Pharmakotherapie (Abb. 2).

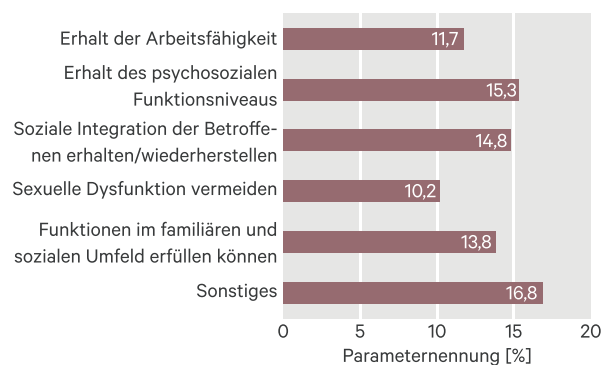


Abb. 2. Die Bedeutung der Lebensqualität im Kontext der Schizophreniebehandlung. Ergebnis einer deskriptiven, nicht-repräsentativen Ärzte-Umfrage im Rahmen des DGPPN-Kongresses 2015 (n = 196)



Auf die Frage hin, was Lebensqualität für ihre Patienten bedeutet, gaben die Ärzte neben der Symptombefreiheit überwiegend vor allem Aspekte der Lebensführung und Zukunftsplanung an: Partnerschaft und Familie, gesicherte Arbeit und soziale Kontakte. Als Synopsis vieler Patientenbefragungen lässt sich sagen, dass die Patienten vor allem „wieder klar denken können“ und ein möglichst normales Leben führen wollen. Im Hinblick auf die Behandlung spielt für psychiatrische Patienten die subjektive Zufriedenheit mit der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung eine zentrale Rolle. Hier wünscht sich der Patient neben guter Erreichbarkeit, Vertrauen, Einfühlbarkeit und „Kümmern“ auch eine gute Kommunikation [59]. Auch die Ergebnisse einer praxisinternen Umfrage zeigen, dass den Patienten besonders der Bereich „Arbeit und Soziales“ (55,6 %) wichtig für die eigene Lebensqualität ist. Außerdem nannten die Patienten noch „Gesundheit“ (25,9 %) und „Emotionen“ (18,5 %) als Faktoren, die für sie Lebensqualität ausmachen.

### **Beschäftigung**

Eine regelmäßige Beschäftigung hat für die Patienten – entgegen häufiger Arzt-Einschätzung – einen relativ hohen Stellenwert, wie auch die Ergebnisse der DGPPN-Umfrage belegen. Der Wunsch, eine Beschäftigung, auch ehrenamtliche Tätigkeiten, ausüben zu können, resultiert nicht nur aus dem Bedürfnis finanzieller Unabhängigkeit als Basis für ein selbstbestimmtes Leben. Auch für das durch die Erkrankung stark beeinträchtigte Selbstwertgefühl der Betroffenen sind die sozialen Kontakte am Arbeitsplatz und die Bestätigung durch die Kollegen und Vorgesetzten eine wichtige positive Erfahrung [50, 54].

### **Soziales persönliches Umfeld**

Die Größe des individuellen sozialen Netzes und die Lebensqualität sind eng miteinander assoziiert [5, 15]. Auch innerhalb der Familie entstehen durch die Erkrankung große Konflikte. Die Schizophrenie ist daher eine „familiäre Katastrophe“ und belastet die Familie und Partnerschaft enorm. Die Familie besitzt eine hohe Relevanz für die soziale Integration des Patienten und für seine Lebensqualität [54]. Die Schizophrenie bedroht den Zusammenhalt des unmittelbaren Lebensumfeldes des Kranken. Gleichzeitig zieht sich sein weiteres soziales Umfeld zurück [6].

### **Transition in die Praxis**

Heute besteht internationale Einigkeit darüber, dass sich das Wiedererkrankungsrisiko nur durch eine Kombination von medikamentösen sowie psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen bei gleichzeitiger Einbeziehung der Angehörigen nachhaltig verringern lässt. Dabei ist die antipsychotische Rückfallprophylaxe die Grundlage für alle weiteren therapeutischen Maßnahmen [26].

Es hat viele Jahre gedauert, bis die Psychiatrie akzeptiert hat, dass die Grenzen der medikamentösen Intervention auch durch den Patienten mitbestimmt werden. Die subjektive Seite des Patienten ist heute zu einem entscheidenden Handlungskriterium für ein positives Outcome geworden. Die zunehmende Bedeutung der Lebensqualität hat dazu geführt, dass die Verbesserung der Lebensqualität als Therapieziel in der Behandlung von Schizophrenie verankert wurde. In der ambulanten psychiatrisch-fachärztlichen Betreuung wird die Lebensqualität als wichtiger Outcome-Faktor stärker gewichtet als in der Vergangenheit. Andererseits erachten Kritiker das Konstrukt für die Implementierung in der Routineversorgung als noch zu „schwammig“. Die Erkenntnisse der Therapiefor-

schung der letzten 15 Jahre haben daran letztendlich nur wenig geändert. In den internationalen Therapieleitlinien werden Response und Remission weiterhin auf der Basis der klassischen psychopathologischen Kriterien definiert. Gleichzeitig stellen die meisten Bewertungsskalen der Lebensqualität in der klinischen Routine zu hohe Anforderungen an Patienten und Untersucher. Die Einschätzung der subjektiven Befindlichkeit und Lebensqualität erfolgt daher, ebenso wie die der Psychopathologie, lediglich anhand der globalen Einschätzung des Arztes [61]. Benötigt werden einfach handhabbare Lebensqualitätsinstrumente, die ohne besonderen Planungsaufwand im Arzt-Patientengespräch besprochen werden können. Auch bei der medikamentösen Behandlung sollte die Lebensqualität stärker berücksichtigt werden, denn Unverträglichkeiten oder Unzufriedenheit, wie durch Gewichtszunahme, können auch bei Wirkstoffen, die zwar gut wirksam sind, die Lebensqualität langfristig einschränken. Hier lohnt sich ein Blick auf die Rezeptorprofile der Wirkstoffe [32, 37, 58]. So verursachen beispielsweise die neueren Atypika, wie Aripiprazol, Olanzapin, Paliperidon und Risperidon weniger extrapyramidale Störungen (EPS) [36]. Viele Patienten empfinden eine Depottherapie als Entlastung im Alltag, da sie auch mit einem Zugewinn der Lebensqualität einhergeht [8]. Denn die tägliche Medikamenteneinnahme entfällt, wodurch familiäre Spannungen vermieden werden [29]. Studien konnten zudem zeigen, dass die Wirkstoffwahl der Depotformulierung einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität haben kann [38]: Eine Vergleichsstudie von Aripiprazol-Depot mit Paliperidonpalmitat zeigte eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität und Funktionalität unter Aripiprazol-Depot (QLS-Skala 7,47) gegenüber Paliperidonpalmitat (2,80) [38].

### **Therapeutische Konsequenzen**

Für eine wirksame Rückfallprophylaxe muss für jeden Patienten das „ideale Maß“ an antipsychotischem Schutz bei gleichzeitig möglichst wenigen unerwünschten Ereignissen gefunden sowie die Teilnahme an psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen ermöglicht werden. Wichtige Moderatoren der Therapieentscheidung sind hier patienten-

spezifische Faktoren wie medikamentöse Vorerfahrungen, Lebensplanung und die davon abgeleiteten Wünsche an die Behandlung sowie die mit der Behandlung verbundenen Ängste [26, 57].

### Motivation – Chance und Hindernis

Die Gewinnung der Patienten für eine gemeinsame aktive und konstruktive Behandlungslinie ist eine zentrale Aufgabe. Motivation als Teil einer zielgerichteten Entscheidungs- und Handlungskraft korreliert ebenso stark wie die Neurokognition mit dem funktionellen Outcome [39]. Leider sind Motivationsmängel, die unabhängig von krankheitsbedingten Defiziten bestehen, nur schwer messbar [16].

Die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung ist neben der Lebensqualität für die Behandlungszufriedenheit der Patienten von zentraler Bedeutung. Gleichzeitig haben Ärzte und (meistens auch) schizophrene Patienten konkrete Vorstellungen, was die Behandlung an positiver Veränderung bringen soll. „Motivational Interviewing“ ist ein kooperativer, zielorientierter Kommunikationsstil mit besonderer Aufmerksamkeit auf die Sprache der Veränderung. Dieser Stil ist darauf konzipiert, die persönliche Motivation für und die Selbstverpflichtung auf ein spezifisches Ziel zu stärken, indem er die Motive eines Menschen, sich zu ändern, in einer Atmosphäre von Akzeptanz und Mitgefühl herausarbeitet und erkundet. Inzwischen gibt es eine steigende Evidenz, dass Motivational Interviewing auch bei schizophrenen Patienten ein nützliches Instrument für Arzt-Patienten-Kommunikation sein kann [4, 35].

### Motivationsmängel und therapeutische Konsequenzen

Viele schizophrene Patienten, insbesondere mit komorbidem Drogenkonsum, zeigen ein ausgeprägtes Desinteresse an therapeutischen Maßnahmen, was zu einem hohen Ausmaß an Frustration bei dem Therapeuten führen kann. Schwindet die Motivation, so kommt Widerstand – oft schleichend und zunächst unauffällig. In solchen Situationen werden viele Therapien beendet [14]. Solche Patienten muss der Arzt halten und versuchen, das unter diesen Umständen erreichbare optimale Behandlungsergebnis anzustreben [14].

Der Psychiater Asmus Finzen hat eingeräumt, dass „... unsere therapeutische Wut im Verlauf des vergangenen Jahrzehnts abgenommen hat, dass wir gelernt haben, die Grenzen des Machbaren besser wahrzunehmen und zu respektieren, und dass wir das Symptom nicht mehr nur als Ärgernis für den Kranken und den Psychiater wahrnehmen, sondern zugleich als Eigenart, als Teil der Biografie des betroffenen Menschen.“ Diese Aussage ist bereits ein Vierteljahrhundert alt und reflektierte damals die Erkenntnis der Limitierung der therapeutischen Möglichkeiten der klassischen Neuroleptika [14].

Der Therapeut sollte neben seinem Hauptanliegen, die Erkrankung erfolgreich zu behandeln, sein Augenmerk auch auf das

Verhalten seines Patienten richten: ob er mitarbeitet, bereit ist Neues anzuwenden oder ob er sich von der Therapie zurückzieht. Eine Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist: Wie lassen sich die Bedürfnisse der wissenschaftlich denkenden Medizin mit den Bedürfnissen des Patienten übereinbringen? Dabei geht es darum, Reflexe und Automatismen zu überwinden. Zwei Beispiele:

- Eigene Erwartungen: Der Arzt soll nicht seine Erwartungen auf den Patienten projizieren, sondern mit dem Patienten herausfinden, was die gemeinsamen Ziele und Wünsche sind.
- Symptomkontrolle: Bei unzureichender Symptomkontrolle wird meist zunächst die Dosis erhöht. Hier sollte der Nutzen hinterfragt werden. Denn wenn der Patient zwar keine Stimmen mehr hört, aber aufgrund der höheren Nebenwirkungen, wie einer Sedierung, nicht mehr am Leben teilhaben kann, ist dieses vielleicht nicht die Behandlungsanpassung der Wahl.

Ein Schlüsselaspekt bei der Behandlung ist, den Patienten dabei zu unterstützen, seine persönlichen Ziele zu erreichen [51]. Eine Möglichkeit ist, gezielt auf die Verbesserung sozial-kognitiver Defizite hinzuwirken. Eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus schizophrener Patienten kann durch Maßnahmen zur gezielten Verbesserung der sozialen Kognition, beispielsweise der Verbesserung der Wahrnehmung emotionaler Gesichtsausdrücke oder der Mentalisierungsfähigkeit, erzielt werden [48]. Kognitive Remediation kann beispielsweise bei der Verbesserung der kognitiven und sozialen Funktionen eine Therapieoption sein [25].

### Interessenkonflikterklärung

Dr. Rita Wietfeld hat Vortragshonorare und Beratungshonorare von Lundbeck und Otsuka Pharma erhalten.

Dr. Susanne Pechler hat Beratungshonorare von Janssen sowie Vortragshonorare von Otsuka Pharma, Lundbeck und Janssen erhalten.

Dr. Wolfgang Janetzky ist Mitarbeiter von Lundbeck.

Dr. Karolina Leopold hat Beratungshonorare von Janssen-Cilag, Lundbeck, Otsuka Pharma und Recordati Pharma sowie Vortragshonorare von Janssen-Cilag, Lundbeck, Otsuka Pharma, Recordati Pharma sowie Lilly erhalten. Zudem hat sie Forschungszuwendungen von Janssen-Cilag und Otsuka Pharma erhalten.

### Literatur

1. (APA) APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4 edition. New York: American Psychiatric Press Inc., 2000.
2. (NICE) NifHaCE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management Clinical guideline [CG178]2014.
3. Amering M, Schmolke M. Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit. 5. Auflage. Köln: Psychiatrieverlag, 2012.
4. Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag, 2010.
5. Becker T LM, Clarkson P, Taylor RE, Turner D, et al. Links between social networks and quality of life: an epidemiologically representative study of psychotic patients in South London. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33:299–304.
6. Bengtsson-Tops A, Hansson L. Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. Int J Soc Psychiatry 2001;47:67–77.
7. Bhatia R, Gibbins J, Forbes K, Reid C. “We all talk about it as though we’re thinking about the same thing.” Healthcare professionals’ goals in the manage-

- ment of pain due to advanced cancer: a qualitative study. *Support Care Cancer* 2014;22:2067–73.
8. Bodatsch M, Kuhn J. Differenzialindikation medikamentöser Erhaltungstherapie in der Schizophrenie-Behandlung. *Psychopharmakotherapie* 2016;23:50–7.
  9. Brissos S, Molodyski A, Dias VV, Figueira ML. The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia. *Ann Gen Psychiatry* 2011;10:18.
  10. Bullinger M, Hasford J. Evaluating quality-of-life measures for clinical trials in Germany. *Control Clin Trials* 1991;12(Suppl 4):91S–105S.
  11. De las Cuevas C, Penate W, de Rivera L. Psychiatric patients' preferences and experiences in clinical decision-making: examining concordance and correlates of patients' preferences. *Patient Educ Couns* 2014;96:222–8.
  12. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie PuNeVD. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 – Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff-Verlag, 2005.
  13. Eack SM, Newhill CE. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2007;33:1225–37.
  14. Finzen A. Schizophrenie: Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2013.
  15. Gaité L, Vazquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, et al. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:283–92.
  16. Haefner H. Das Rätsel Schizophrenie: Eine Krankheit wird entschlüsselt. 4. Auflage. München: C.H. Beck, 2017.
  17. Harvey PD, Velligan DI, Bellack AS. Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. *Schizophr Bull* 2007;33:1138–48.
  18. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 2013;14:2–44.
  19. Hayhurst KP, Massie JA, Dunn G, Lewis SW, et al. Validity of subjective versus objective quality of life assessment in people with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2014;14:365.
  20. Hell D. Anleitung und Unterstützung für Angehörige im Umgang mit schizophren Erkrankten Familienmitgliedern. In: Hell D, Schüpbach D (Hrsg.). Schizophrenien. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2016: 119–29.
  21. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013;39:1296–306.
  22. Javed A, Charles A. The importance of social cognition in improving functional outcomes in schizophrenia. *Front Psychiatry* 2018;9:157.
  23. Jolliffe T, Baron-Cohen S. The strange stories test: a replication with high-functioning adults with autism or Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 1999;29:395–406.
  24. Karow A, Wittmann L, Schottle D, Schafer I, et al. The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci* 2014;16:185–95.
  25. Katsumi A, Hoshino H, Fujimoto S, Yabe H, et al. Effects of cognitive remediation on cognitive and social functions in individuals with schizophrenia. *Neuropsychol Rehabil* 2017; Epub ahead of print.
  26. Kay SR FA, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261–76.
  27. Keefe RS, Seidman LJ, Christensen BK, Hamer RM, et al. Comparative effect of atypical and conventional antipsychotic drugs on neurocognition in first-episode psychosis: a randomized, double-blind trial of olanzapine versus low doses of haloperidol. *Am J Psychiatry* 2004;161:985–95.
  28. Kohl S, Kuhn J, Wiedemann K. Rationale und Zielsetzung der medikamentösen Therapie der Schizophrenie. *Psychopharmakotherapie*. 2014;21:85–95.
  29. Kuhn KU, Wiedemann K, Hellweg R, Moller HJ. [The significance of depot medication in the long-term-treatment of schizophrenia]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2014;82:557–65.
  30. Lambert M, Ruppelt F, Rohenkohl A, Karow A, et al. Langzeittherapie in der Schizophrenie – erfolgreiche psychosoziale Re-Integration durch Integrierte Versorgung. *Psychopharmakotherapie* 2016;23:58–66.
  31. Lambert M, Schimmelmann BG, Schacht A, Karow A, et al. Long-term patterns of subjective wellbeing in schizophrenia: cluster, predictors of cluster affiliation, and their relation to recovery criteria in 2842 patients followed over 3 years. *Schizophr Res* 2009;107:165–72.
  32. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013;382:951–62.
  33. Leucht S, Lasser R. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 2006;39:161–70.
  34. McGlade N, Behan C, Hayden J, O'Donoghue T, et al. Mental state decoding v. mental state reasoning as a mediator between cognitive and social function in psychosis. *Br J Psychiatry* 2008;193:77–8.
  35. Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2015.
  36. Mueller W. Therapeutische Anwendung von Aripiprazol-Depot: Pharmakologische und pharmakokinetische Grundlagen. *Psychopharmakotherapie* 2014;21:97–105.
  37. Muench J, Hamer AM. Adverse effects of antipsychotic medications. *Am Fam Physician* 2010;81:617–22.
  38. Naber D, Hansen K, Forray C, Baker RA, et al. Qualify: a randomized head-to-head study of aripiprazole once-monthly and paliperidone palmitate in the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 2015;168:498–504.
  39. Najas-Garcia A, Gomez-Benito J, Huedo-Medina TB. The relationship of motivation and neurocognition with functionality in schizophrenia: A meta-analytic review. *Community Ment Health J* 2018; epub ahead of print.
  40. Nakagawa S, Hayashi N. Clinical correlates of objective and subjective quality of life among middle-aged and elderly female in-patients with chronic schizophrenia. *Asian J Psychiatr* 2013;6:389–93.
  41. Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL, Heaton RK, et al. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008;98:201–8.
  42. Outram S, Harris G, Kelly B, Bylund CL, et al. 'We didn't have a clue': Family caregivers' experiences of the communication of a diagnosis of schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2015;61:10–6.
  43. Outram S, Harris G, Kelly B, Cohen M, et al. Contextual barriers to discussing a schizophrenia diagnosis with patients and families: need for leadership and teamwork training in psychiatry. *Acad Psychiatry* 2015;39:174–80.
  44. Paschke-Müller MS, Biscaldi M, Rauh R, Fleischhaker C, et al. TOMTASS – Theory-of-Mind-Training bei Autismuspektrumsstörungen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2013.
  45. Prigent A, Simon S, Durand-Zaleski I, Leboyer M, et al. Quality of life instruments used in mental health research: properties and utilization. *Psychiatry Res* 2014;215:1–8.
  46. Rinon A, Buch M, Holley D, Verdun E. The MS Choices Survey: findings of a study assessing physician and patient perspectives on living with and managing multiple sclerosis. *Patient Prefer Adherence* 2011;5:629–43.
  47. Ritblatt SN. Children's level of participation in a false-belief task, age, and theory of mind. *J Genet Psychol* 2000;161:53–64.
  48. Roder V, Mueller DR, Schmidt SJ. Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update. *Schizophr Bull* 2011;37(Suppl 2):S71–S9.
  49. Roll SC, Knecht G, Kuhn J, Spittler S. Antipsychotika-Depotbehandlung im Wandel der Zeit. *Nervenheilkunde* 2016;35:41–9.
  50. Ruesch P, Graf J, Meyer PC, Rossler W, et al. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:686–94.
  51. Sanches SA, van Busschbach JT, Michon HW, van Weeghel J, et al. The role of working alliance in attainment of personal goals and improvement in quality of life during psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services* 2018; Epub ahead of print.
  52. Sarfati Y, Hardy-Bayle MC, Brunet E, Widlocher D. Investigating theory of mind in schizophrenia: influence of verbalization in disorganized and non-disorganized patients. *Schizophr Res* 1999;37:183–90.
  53. Schaub D, Juckel G. [PSP Scale: German version of the personal and social performance scale: valid instrument for the assessment of psychosocial functioning in the treatment of schizophrenia]. *Nervenarzt* 2011;82:1178–84.
  54. Schmid R, Neuner T, Cording C, Spieß H. Lebensqualität schizophrener Erkrankter und ihr Zusammenhang mit Krankheitsbewältigungsstrategien und Behandlungsaspekten. *Psychiatr Prax* 2006;33:337–43.
  55. Schmidt SJ, Lächler M. INT – Integrierte neurokognitive Therapie bei schizophren Erkrankten. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2013.
  56. Schmidt SJ, Mueller DR, Roder V. Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: empirical review and new results by structural equation modeling. *Schizophr Bull* 2011;(Suppl 2):S41–54.
  57. Silverman JJ, Galanter M, Jackson-Triche M, Jacobs DG, et al. The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the psychiatric evaluation of adults. *Am J Psychiatry* 2015;172:798–802.
  58. Spina E, Crupi R. Safety and efficacy of paliperidone extended-release in acute and maintenance treatment of schizophrenia. *J Cent Nerv Syst Dis* 2011;3:27–41.
  59. Theisel S, Schielein T, Spieß H. Der „ideale“ Arzt aus Sicht psychiatrischer Patienten. *Psychiatr Prax* 2010;37:279–84.
  60. Tomotake M. Quality of life and its predictors in people with schizophrenia. *J Med Invest* 2011;58:167–74.
  61. Windgassen K. Schizophreniebehandlung aus der Sicht des Patienten. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2012.
  62. Wunderink L, Nienhuis FJ, Sijtsma S, Wiersma D. Predictive validity of proposed remission criteria in first-episode schizophrenic patients responding to antipsychotics. *Schizophr Bull* 2007;33:792–6.
  63. Zaudig M. Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 1. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2006.